

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

329

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juin, à 1 heure

Par L. E. FAYS

Né le 13 mars 1870, à la Madeleine (Charente)

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

TRAITEMENT

DU

TESTICULE TUBERCULEUX

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. POLAILLON, professeur.

NELATON, HARTMANN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

329

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554029_0050

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juin, à 1 heure

Par L. E. FAYS

Né le 13 mars 1870, à la Madeleine (Charente)

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

TRAITEMENT

DU

TESTICULE TUBERCULEUX

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. } POLAILLON, professeur.
 } NELATON, HARTMANN, agrégés.*

*Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.		N.	
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.	
Pathologie médicale.	{	DIEULAFOY.	
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.	
Histologie.		CORNIL.	
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.	
Pharmacologie.		TERRIER.	
Thérapeutique et matière médicale.		POUCHET.	
Hygiène.		LANDOUZY	
Médecine légale.		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBENE.	
		STRAUS.	
		G. SEE.	
Clinique médicale.	{	POTAIN.	
		JACCOUD.	
		HAYEM.	
		GRANCHER.	
Maladie des enfants.		JOFFROY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.	
Clinique des maladies du système nerveux.		TILLAUX.	
		BERGER.	
Clinique chirurgicale.	{	DUPLAY.	
		LE DENTU.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.	
Clinique ophthalmologique.		PANAS.	
Clinique d'accouchements.	{	TARNIER.	
		PINARD.	
Professeurs honoraires.			
MM. SAPPEY, PAJOT.			
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

La tuberculose du testicule, qu'elle se présente sous une forme aiguë ou sous une forme chronique, a toujours été d'un traitement difficile. La méthode radicale a rallié tous les chirurgiens dans les cas où il y a nécessité impérieuse, pressante, immédiate, de mettre l'individu à l'abri d'une infection menaçante.

Pour les autres cas, qui sont les plus nombreux, on a été et on demeure sollicité entre ces deux tendances contradictoires : conserver au malade un organe important, le mettre à l'abri d'une tuberculisation généralisée. Depuis 1830 à 1870 c'est la première de ces deux tendances qui a régné et dominé le traitement, à peu près à l'exclusion de toute autre méthode. L'autre qui conduit systématiquement à la castration précoce a gagné du terrain à partir de 1870. Les découvertes de Villemin et de R. Koch lui ont donné un regain de faveur et celle-ci a été considérable.

Sous l'impulsion des acquisitions récentes de la microbiologie on fut entraîné à ne plus considérer dans ces tuberculoses que le germe de la maladie. Depuis lors il semble à ce point de vue comme dans bien d'au-

tres que la notion du terrain a reconquis son importance.

Dès lors la castration hâtive se comprend moins et ses dégâts exagérés paraissent aussi inutiles que dangereux. La méthode des opérations conservatrices se pose de nouveau en face de la précédente et rallie des partisans de plus en plus nombreux.

Nous comparerons dans cette étude les deux procédés qui sont en présence l'un de l'autre et nous espérons montrer qu'il y a pour les malades qui nous occupent que l'opération barbare qui a eu tant de vogue en ces derniers temps.

Mais au moment de terminer notre carrière hospitalière qu'il nous soit permis d'exprimer notre profonde reconnaissance aux maîtres à qui nous devons notre éducation clinique :

A M. le D^r L. Labbé, qui nous a toujours témoigné un intérêt particulier et dans le service duquel nous avons appris la chirurgie sous la savante et bienveillante direction de M. le D^r Michaux.

A M. le D^r Raymond, qui nous a initié à la neurologie.

A M. le D^r Tenuesson, chez qui il nous a été donné d'étudier les maladies de la peau.

A M. le D^r Gaillard-Lacombe, dont nous avons été l'élève à deux reprises différentes.

A M. le D^r Maygrier, qui nous a initié à sa savante pratique de l'art des accouchements.

A M. le D^r Roques qui nous a témoigné une si bien-

veillante sympathie pendant les quelques mois passés dans son service.

Aux autres maîtres dont nous avons été momentanément l'élève : MM. les D^{rs} Gaucher, Bourcy, Bruhl, Routier et Delpeuch.

TRAITEMENT
DU
TESTICULE TUBERCULEUX

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail le traitement de la tuberculose testiculaire. Nous avons pensé qu'il serait difficile d'entrer au cœur de notre sujet sans présenter au préalable un exposé résumé de la description de la maladie. C'est ce qui justifie le chapitre qui suit immédiatement.

DESCRIPTION DU TESTICULE TUBERCULEUX

Définition. — On appelle tuberculose du testicule les lésions produites dans la glande séminale par la présence du bacille de Koch.

Étiologie. — La cause première de l'affection est donc le bacille de Koch.

Mais ce n'est pas la seule. D'autres interviennent, modifiant le terrain, le déprimant, préparant la tuberculose. Ce sont des causes prédisposantes. Elles sont d'ordre général : ainsi la misère, les privations, les excès, l'alcoolisme.

Il y a en outre des causes d'un ordre plus particulier, occasionnelles celles-ci. Le testicule, de par sa situation anatomique, suspendu à l'extrémité du cordon, sans fixité absolue, est soumis, en effet, à des froissements nombreux, à de fréquents traumatismes. Plus que tout autre organe il est sujet à des causes d'excitation et de dépression, par suite de son rôle physiologique.

La prédisposition et l'occasion contribuent ainsi l'une et l'autre, ensemble ou séparément, à l'éclosion de la

tuberculose testiculaire, fait important, car si nous voyons des cas où la tuberculose du testicule apparaît chez des sujets offrant déjà ou plus tard, en d'autres points de leur organisme des lésions de même nature, il en est d'autres, sujets vigoureux, chez qui la glande spermatique est seule atteinte et dont les lésions testiculaires ont tendance à rester stationnaires.

Pour gagner la glande, les germes prennent des voies diverses. Ils peuvent, chez les enfants, quand il y a persistance du canal vagino-péritonéal, du péritoine, descendre dans la vaginale, de là infecter l'albuginée, puis le tissu propre de l'organe.

Comme partout ailleurs, ils peuvent arriver par les vaisseaux. Recueillis dans le torrent circulatoire, ils sont disposés là lorsque les circonstances sont favorables à leur pullulation. Ainsi se comprennent facilement les granulations développées autour des tubes séminifères, ou bien encore le long des vaisseaux. Pourtant les granulations peuvent aussi naître au niveau de l'épithélium des canalicules, et alors on est bien obligé d'admettre que les bacilles venant de plus haut, ont envahi de proche en proche la vessie, la prostate, les vésicules, le canal déférent, l'épididyme.

Quant à la thèse produite par Fernet, attribuant la tuberculose testiculaire à une contagion gagnée dans certains rapports génitaux et propagée par l'urèthre à l'épididyme et au testicule, elle ne paraît pas acceptable ; et en résumé jusqu'à ce jour on ne peut admettre pour l'infection que les voies suivantes : le canal vagino-péritonéal, les vaisseaux sanguins et la voie

déscendante du rein à la vessie, à la prostate, aux vésicules et au canal déférent.

Anatomie pathologique. — Les annexes du testicule peuvent être atteints comme le testicule lui-même.

Le scrotum, parfois intact, est plus souvent le siège d'orifices fistuleux. Ces orifices se rencontrent plutôt en arrière et en bas, au niveau des parties les plus déclives. Ils sont minces, bordés d'une peau rouge, violacée. Ils livrent passage à un liquide séro-purulent et en même temps leurs bords se soulèvent et bourgeonnent, prenant la disposition dite en cul de poule. L'écoulement s'il se tarit est suivi de la cicatrisation des orifices et à la saillie primitive succède une dépression en entonnoir dont le fond adhère à la glande par un cordon de tissu cicatriciel ; ce dernier représente le trajet de la fistule qui s'est oblitérée.

Quelquefois de petits abcès circonvoisins sont développés dans le tissu cellulaire des bourses.

La vaginale est toujours malade. Il est rare que ses deux feuillets soient entièrement adhérents l'un à l'autre, rare aussi qu'ils soient complètement séparés par un épanchement. Plus fréquentes sont les formes intermédiaires. La cavité est cloisonnée par des fausses membranes en cavités secondaires, lesquelles renferment un liquide jaune verdâtre, contenant des bacilles. En outre, la séreuse est épaissie, vascularisée et peut être recouverte d'un semis de granulations grises.

Le testicule et l'épididyme sont presque toujours altérés simultanément. Exceptionnellement le testicule est pris à l'exclusion de l'épididyme, ainsi qu'en témoi-

gne une observation de Terrillon que nous aurons l'occasion de rapporter dans ce travail. Il est plus fréquent de trouver l'épididyme frappé en dehors du testicule. Les lésions, le plus souvent unilatérales, atteignent assez souvent les deux testicules, le gauche serait plus souvent malade que le droit.

L'épididyme n'est quelquefois le siège que de quelques noyaux isolés. Ces noyaux se trouvent à la queue comme à la tête, un peu moins fréquemment toutefois. Ce sont d'abord des masses crues, mais qui ne tardent pas à se ramollir en un foyer qui peut rester stationnaire, mais gagne le plus souvent l'extérieur en formant un trajet fistuleux. Suivant que le foyer purulent est unique ou bien que d'autres foyers secondaires viennent s'ouvrir dans la cavité première, les parois de la fistule bourgeonnent et se cicatrisent ou bien elles persistent indéfiniment avec un suintement purulent.

Dans d'autres circonstances, ce ne sont plus ces masses caséeuses mais une sorte de réticulum que l'on rencontre à la coupe de l'épididyme. Il est constitué par une multitude d'alvéoles, les uns vides, les autres remplis de matière purulente, tous limités par des travées nettes; ces alvéoles représentent les flexuosités dilatées du tube épидидymaire.

Dans son ensemble l'épididyme est volumineux; il empiète fortement en avant sur la circonférence du testicule.

Le testicule est le siège de granulations ou de masses caséeuses ou bien des deux à la fois.

Au début la glande est d'aspect normal, ses tubes

paraissent intacts bien que semés irrégulièrement de petites granulations fines et transparentes.

Ces différentes lésions peuvent être répandues de diverses façons. Tantôt c'est sans aucun ordre et comme au hasard qu'elles semblent distribuées.

Tantôt et plus souvent elles sont systématiquement disposées en lignes radiées, convergeant vers le corps d'Highmore. Les unes et les autres semblent avoir chacune leur territoire favori et tandis que les granulations grises se trouvent surtout à la périphérie, les masses caséuses se rencontrent plus volontiers au corps d'Highmore, et à ce niveau les lésions ressemblent de plus en plus à celles de l'épididyme.

Mais aussi le testicule peut être le siège de l'infiltration morbide. La coupe en pareil cas en apparaît jaunâtre, semblable à la coupe d'un marron d'inde et c'est à peine si l'on y distingue les tubes et les travées.

Les lésions n'en restent pas là. Elles subissent une sorte de régression, ici plus lente, là plus rapide, au centre notamment. Cette régression donne lieu à la formation de pus qui tantôt s'évacue par une fistule, tantôt s'enkyste, provoquant la prolifération du tissu conjonctif voisin. Les parois de la cavité sont plus ou moins infractueuses et doublées excentriquement d'un tissu plus concret.

Le canal déférent est souvent envahi. Il est volumineux, bosselé, moniliforme, induré. Mais ces lésions se répartissent inégalement sur les diverses parties de son trajet. La partie inférieure est presque toujours

prise. Mais il est rare que les altérations remontent jusqu'au canal inguinal. On le trouve encore à son extrémité, au niveau des vésicules, de sorte que le plus souvent il est sain en sa partie moyenne, malade à ses deux extrémités.

Il est facile de comprendre que la sécrétion séminale est en raison de ces altérations, et quant à son excrétion, elle n'existe plus, puisqu'il suffit pour cela que l'épididyme soit détruit ou oblitéré en un point quelconque de son trajet.

SYMPTOMES

Orchite tuberculeuse. — Tuberculose du testicule est presque synonyme en langage clinique, d'affection essentiellement chronique, à marche lente et insidieuse. Mais dans quelques observations, l'affection s'installe brusquement, parcourt en quelques semaines les différents stades de son évolution (formation des tubercules, ramollissement, suppuration) : c'est l'orchite tuberculeuse. Douleur vive et spontanée, exaspérée par la pression, ayant une intensité maxima au niveau de la glande, avec irradiations classiques le long du cordon, dans le trajet inguinal et dans les lombes, tuméfaction et rougeur du scrotum distendu par un épanchement dans la vaginale, tous ces symptômes accompagnés quelquefois d'une réaction générale intense (fièvre élevée, troubles gastriques et nerveux), en imposent pour une orchite simple aiguë.

Mais au bout de quatre ou cinq jours, on constate une rémission qui va s'accroître. La tuméfaction diminuant, permet de sentir un épидидyme bosselé, bourré de noyaux, qui veut se ramollir, faire corps avec la peau, et après ulcération de celle-ci s'ouvrir à

l'extérieur. Encore à ce moment, la consistance du pus ordinairement bien lié, pourrait faire croire à un processus franchement aigu, et espérer une cicatrisation rapide. Mais la suppuration traîne en longueur, perd ses caractères qui ne seraient en quelque sorte que la manifestation d'une infection secondaire locale et momentanée, et bientôt on est en présence d'une tuberculose ordinaire avec fistules d'où s'échappe un pus séreux, granuleux, caséeux.

Testicule tuberculeux : forme chronique commune.

Début. — Signes fonctionnels. — En réalité, nous pouvons voir dans la forme précédente, un des modes de début de la tuberculose commune du testicule, début rare, aussi bruyant qu'il est peu fréquent.

Il nous est arrivé souvent, au contraire, en procédant à l'examen minutieux de nos tuberculeux à l'hôpital, et cela quel que soit le degré de leurs lésions pulmonaires, de constater la présence de noyaux tuberculeux dans leur épидидyme, sans que la moindre douleur, la moindre tension dans les bourses, la plus petite gêne fonctionnelle, ait pu faire soupçonner au malade la lésion dont il était porteur. C'est là une forme nettement chronique, latente de début.

Dans d'autres cas, c'est le malade lui-même qui, par hasard, en palpant son scrotum, s'aperçoit de son affection. Cependant, il a pu être inquiété par une série

de troubles vagues et intermittents du côté de ses organes génitaux ; une pesanteur, des élancements survenant à la suite de fatigues répétées et de longues marches, un gonflement inopportun, qu'un léger frôlement de la glande a fait naître, mais qui persiste plus que de raison.

Enfin, quelquefois la tuberculose testiculaire est la dernière étape d'un processus qui envahit successivement les différents organes de l'appareil génito-urinaire et alors les troubles fonctionnels sont nombreux parce qu'ils dépendent plus des lésions voisines que de la glande génitale. Tantôt des hématuries ordinairement rénales, une douleur cuisante le long du canal de l'urèthre, augmentant par la miction, accompagnée ou non de ténésme vésical, avec émission d'urines purulentes, sont autant de signes de la tuberculose urinaire concomitante. Tantôt un écoulement urétral, mobile dans ses allures, capricieux dans sa durée et son apparition, indique que la prostate est envahie ou sur le point de l'être. C'est surtout lorsqu'il y a coexistence de tuberculose prostatique, soit plus spécialement à cause de l'hyperesthésie de la muqueuse urétrale à ce niveau, soit à cause d'excitations qui prendraient naissance sur divers points de l'appareil génital, que l'on observe chez un certain nombre de sujets une période d'éréthisme génital, avec désirs vénériens augmentés, érections fréquentes, et suivies d'une éjaculation que le moindre contact détermine (prospérmatisme).

Signes physiques. — Première période. — Que conclure de cet exposé, sinon que la tuberculose du testicule est inconstante dans sa forme et dans son début, que la plupart du temps, elle veut être cherchée, et que pour affirmer son existence, l'examen détaillé du malade, examen local et général, est nécessaire. On le pratique après fonction, en cas d'hydrocèle, laquelle est assez fréquente, s'établissant insidieusement dans un tiers des cas, mais n'est pas la règle.

On constate alors, en saisissant le testicule d'une main tandis que l'autre palpant la glande, cherche à déterminer le siège exact et le caractère des lésions, que le testicule est sain dans la plupart des cas, l'épididyme étant seul atteint. Il est envahi par des noyaux de consistance dure, tantôt isolés les uns des autres, tantôt fusionnés, et donnant la sensation d'un reliquat d'induration inflammatoire, quelquefois multiple (tête, corps et queue), plus souvent unique, siégeant à la tête de l'épididyme.

Le testicule est généralement souple. Il peut être exceptionnellement atteint au début de l'affection. Ordinairement, il ne l'est que plus tard, envahi par la prolongation des noyaux épididymaires. Quelquefois testicule et épididyme sont pris en même temps, se confondent en une masse unique.

L'investigation ne doit pas s'arrêter au testicule. D'ailleurs, la main est forcément amenée à sentir à la partie postérieure du cordon, au lieu d'un canal déférent régulièrement cylindrique, d'un volume uniforme, d'une consistance qui l'a fait comparer à un fil de fouet,

à sentir un canal moniliforme, bosselé, rappelant la sensation perçue, en palpant à travers une serviette un morceau de chapelet « ou le tuyau d'une pipe en terre brisé ». Plus rarement, le canal déférent est régulièrement augmenté de volume.

Enfin, après avoir, par le toucher rectal, constaté la présence de noyaux dans la prostate, soit dans les deux lobes, soit le plus souvent dans le lobe correspondant à la lésion testiculaire, après avoir essayé de sentir les vésicules séminales, ce qui n'est réellement possible que dans les cas extrêmement rares où leur hypertrophie est considérable, et coïncide avec des manifestations qui rendent cette exploration à peu près inutile, on recherchera les signes de tuberculose pulmonaire, soit par l'interrogatoire du malade (antécédents héréditaires et personnels), soit par l'examen de la poitrine, sans oublier les stigmates de scrofule infantile.

Deuxième période. — Marche. — Tel est, rapidement esquissé, le complexe symptomatique de la tuberculose du testicule à sa première période.

Il est exceptionnel que, même à cette période, l'état général du sujet soit satisfaisant, auquel cas, l'affection étant vraiment localisée, on a affaire à la forme bénigne du sarcocèle tuberculeux.

Il est rare aussi que la lésion reste stationnaire. Ce qui a lieu dans le poumon peut, à la vérité, se produire dans le testicule, et le néoplasme disparaître ou subir la transformation fibreuse. Mais, après un

laps de temps variable, une des bosselures commence à s'accroître, à proéminer davantage. C'est l'évolution de toute gomme tuberculeuse qui subit la fonte purulente, et en même temps semble se réchauffer : on note un peu de douleur, un peu de sensibilité à la pression. Au fur et à mesure que la masse se ramollit, la peau du scrotum contracte des adhérences avec elle, prend une couleur livide, s'ulcère et livre passage à un pus tout d'abord épais, puis séreux, plus ou moins grumeleux, dans lequel l'examen bactériologique peut révéler la présence des bacilles de la tuberculose.

C'est la période d'abcès et de fistules, variables dans leur contenu, dans leur siège comme d'ailleurs celui des noyaux, dans leur nombre, leur marche et leur durée. Une seule fistule peut persister jusqu'à élimination complète de la masse, se fermer et laisser une cicatrice cutanée adhérente, puissant élément de diagnostic rétrospectif ; ou bien à mesure que la fistule se ferme, une autre ou plusieurs se produisent. Et dans ces fistules tous les aspects, toutes les dimensions, les unes étroites, les autres larges, laissant sortir à travers la perte de substance de la peau une masse bourgeonnante, comme étranglée par les bords cutanés, faisant saillie à la surface du scrotum où elle constitue *le fungus bénin tuberculeux*.

A cette période de la maladie, surtout sous cette forme généralisée, où le scrotum est rempli par une masse irrégulière faisant corps avec ses enveloppes, criblé de trajets fistuleux ouverts ou fermés, l'état gé-

néral s'aggrave. Au fur et à mesure que la lésion quitte l'épididyme pour envahir le voisinage, testicule du même côté et dans 1/3 des cas testicule du côté opposé, diminuent les chances ou de guérison, ou d'évolution latente longuement stationnaire.

Terminaison. — Dans nombre de cas, le malade succombe aux progrès de la phtisie pulmonaire, dont les débuts ont souvent précédé la maladie, et qui évolue en même temps qu'elle.

Dans d'autres c'est une autre complication tuberculeuse qui, survenant plus ou moins brusquement, va emporter le malade (péritonite, méningite, pyélo-néphrite, etc.).

Enfin, le seul progrès de la maladie locale peut amener une terminaison fatale. La tuberculose se propage à toute la sphère génito-urinaire, qui même, nous l'avons vu, peut être envahie avant le testicule, mais peu importe que ces lésions de voisinage soient primitives ou secondaires; toujours est-il qu'elles évoluent à leur tour. La dyspnée, le ténesme, les écoulements uréthraux, les hématuries pourront apparaître ou persister. Des abcès se formeront dans la prostate, l'urèthre, le rein, et s'ouvriront à l'extérieur après un trajet et des décollements plus ou moins étendus. Le périnée est criblé de fistules suppurantes. Le tableau du malade à ce moment est lamentable. Affaibli, amaigri, épuisé par la fièvre hectique, il succombe aux progrès de la cachexie, à moins qu'une complication ne vienne abréger ses souffrances.

PRONOSTIC

La tuberculose du testicule est une affection grave, toujours grave. On ne doit jamais espérer en la guérison spontanée; on ne doit jamais avoir confiance en ces rémissions passagères qui peuvent survenir sous l'influence d'un traitement approprié. Le malade est sans cesse sous le coup de nouvelles poussées. Mais, à supposer même que la lésion ne mène pas sa marche envahissante et fatale; à supposer que le sujet ne soit pas exposé à une généralisation de l'infection, ce qui est toujours à craindre dans une tuberculose locale, celle-ci n'en est pas moins sérieuse, parce qu'elle entrave la fonction génitale. Même si un seul testicule est envahi, la fonction est rarement conservée. A plus forte raison, si la lésion est double, les érections deviennent-elles de plus en plus rares. Et enfin, dans l'hypothèse la plus favorable, celle de guérison durable, l'épididyme reste dur, bosselé, oblitéré, imperméable aux injections, ce qui aurait, dans le cas de bilatéralité, la stérilité, par conséquence naturelle.

Nous nous proposons de montrer en quoi le traitement peut modifier ce pronostic.

DIAGNOSTIC

D'une façon générale, on peut observer la tuberculose sous trois aspects différents : d'une part, la forme aiguë, orchite tuberculeuse d'autre part, la forme chronique commune, qui selon la phase de son évolution, se présentera sous la forme inodulaire sans ulcération, ou sous la forme ulcérée. Dans ces trois cas il faut savoir la reconnaître.

Affirmer qu'une orchite est tuberculeuse n'est pas chose facile, l'affection n'a pas de caractères propres. On tiendra compte des commémoratifs, fournis par le malade et perçus par le médecin, du siège de l'affection, de son évolution, des lésions de voisinage. La maladie évolue-t-elle sur un terrain tuberculeux, a-t-elle été précédée de tentatives de catéthérisme malpropres; le malade est-il sous le coup d'une fièvre grave qui puisse compter au nombre de ses complications ordinaires l'orchite (oreillons, variole, paludisme)? Autant de renseignements qui seront d'un précieux secours. Il est vrai qu'on a vu des orchites blennorrhagiques évoluer chez des tuberculeux et guérir (Reclus). C'est l'exception. La difficulté n'existe que si

l'inflammation éclate chez un individu bien portant, dont tous les organes sont sains : alors, il faut éviter de se prononcer à la légère. D'autre part, le siège de prédilection sur l'épididyme ne saurait faire hésiter qu'entre une orchite blennorrhagique et une orchite tuberculeuse. Or, celle-ci arrive rapidement à suppuration, terminaison rare chez celle-là. Enfin la prostate, d'après Reclus, présenterait presque toujours dans le cas d'orchite tuberculeuse une tuméfaction concomitante. On comprendra que, malgré tout, le diagnostic est délicat et que seule, la formation de l'abcès au bout de deux à trois semaines, permette de le poser avec certitude.

La présence de noyaux dans l'épididyme seulement est pathognomonique de la lésion tuberculeuse ; à peine pourrait-on espérer avoir affaire à un reliquat d'induration inflammatoire. Mais cette hypothèse qu'il ne sera permis de formuler qu'en présence d'un seul noyau, sera naturellement écartée, si l'on ne trouve pas de traces de blennorrhagie antérieure, si au lieu d'être lisse, rénitente, élastique, la tumeur est bosselée, mamelonnée. Il est rare que la syphilis se localise à l'épididyme seulement.

Mais si testicule et épididyme sont envahis, se pose le diagnostic classique de toute tumeur en voie d'évolution, quel que soit le point de l'organisme sur lequel elle se développe : a-t-on affaire à la tuberculose, à la syphilis, au cancer ?

Ce n'est que par un examen méthodique de l'organe, pratiqué après avoir eu soin d'évacuer le liquide qui

pouvait distendre la vaginale (hydrocèle qui serait plutôt un indice de syphilis que de tuberculose), que la question peut être résolue. A-t-on en main un testicule moyennement gros, induré par plaques, insensible à la pression, on peut presque affirmer la nature syphilitique d'une lésion que les antécédents du malade pourraient expliquer, et qui disparaîtra sous l'influence du traitement ioduré. Si, par hasard, épидидyme et testicule étaient infiltrés au même degré, si la gomme soulevait l'albuginée en formant des bosselures inégales, l'examen négatif des organes génitaux, de la prostate en particulier, l'absence d'écoulement, l'indolence serait en faveur de la syphilis, et le traitement pierre de touche devra être institué.

Si l'on est en présence d'une tumeur maligne, sa consistance dure, son siège dans le testicule, son volume, la marche de la maladie, la notion d'hérédité, ou l'étude des antécédents personnels, l'extension aux ganglions inguinaux, l'examen des organes voisins, pourront permettre d'éviter l'erreur : elle n'en est pas moins possible et fréquente.

Toutes ces tumeurs peuvent arriver à l'ulcération des téguments, mais d'une façon différente par chacune d'elles. C'est ce qui facilitera le diagnostic à la période d'ulcération. La gomme suppurée évacue son contenu par l'orifice net et bourbillonneux qui s'ouvre sur la moitié antérieure du testicule. Ce n'est pas le siège préféré de la fistule unique tuberculeuse. Le cancer arrive souvent à l'ulcération ou bien il présente alors des masses fongueuses, bourgeonnantes, saignantes, fa-

cilement reconnaissable, et s'accompagnant fatalement d'adénopathie iliaque ou lombaire. Si donc on tient compte de commémoratif, des cicatrices anciennes de fistule, et qu'enfin en dernier lieu on fasse l'examen bactériologique (bacille de Koch dans le pus) ou mieux l'inoculation à un animal de produits de la suppuration on pourra affirmer son diagnostic.

TRAITEMENT

TRAITEMENT GÉNÉRAL.

De tout temps, on a songé pour combattre la tuberculose testiculaire, à s'adresser, à la fois à un traitement général et à un traitement local.

Le traitement général, ici comme ailleurs, se propose de placer l'individu en état de défense contre les germes qui l'envahissent et de lui permettre de leur résister victorieusement. Ici il agit indirectement, puisque c'est avant tout un organe particulier qui est atteint et non pas l'individu.

Mais quoi qu'il en soit, sa valeur est telle qu'il est recommandé par tout le monde. C'est le traitement de la tuberculose. Nous ne l'étudierons pas, nous bornant à en signaler la grande importance et nous renverrons aux ouvrages qui en traitent spécialement.

TRAITEMENT LOCAL.

Dans le traitement local, les moyens réputés médicaux ne nous arrêteront pas davantage. Les calmants et le repos ont évidemment leur raison d'être, mais ils ne peuvent rien contre la tuberculose et c'est à une action plus directe, chirurgicale, qu'il faut avoir recours pour lutter sérieusement contre elle.

Dès lors se pose immédiatement le problème du meilleur mode d'intervention.

Il est évidemment des cas où il ne saurait y avoir de doute, c'est lorsqu'il n'y a plus rien à tenter pour sauver quoique ce soit de la glande. Pour tout le monde en pareille occurrence l'opération radicale s'impose, castration de nécessité.

Mais c'est pour les cas plus nombreux de tuberculose commune que les divergences apparaissent : faut-il enlever le testicule au plus tôt, faut-il chercher à le conserver, voilà les deux questions qui se produisent. L'affaire est délicate, comportant en elle-même deux éléments contradictoires, en apparence tout au moins : la glande qu'il faudrait garder, la tuberculose qu'il faudrait chasser. Les deux points de vue sont l'un et l'autre très intéressants, et selon l'importance que l'on reconnaît à l'un ou à l'autre on penche pour la méthode radicale, soit pour les opérations conservatrices.

Pour nous, nous n'hésitons pas à prendre parti pour ce dernier procédé et nous estimons qu'il y a lieu de

n'enlever au malade que ce qu'il y a chez lui de nuisible dans son organe ; ce qui est sain, le reste doit être conservé. Nous nous proposons donc de discuter l'opération radicale pour les cas de tuberculose vulgaire, la castration hâtive et de lui opposer un traitement chirurgical plus conservateur.

La castration hâtive, qui consiste à supprimer le testicule dès qu'il est entaché de tuberculose, si légèrement que ce soit, a joui d'une fortune remarquable depuis 1870 et principalement depuis les découvertes de Villemain. Bien qu'elle ait été déjà battue en brèche elle conserve encore de nombreux partisans et en parcourant les publications des dernières années on est frappé du nombre considérable de testicules qui sont enlevés tous les ans.

Théoriquement ses partisans semblent avoir raison. On peut croire qu'il y a intérêt à enlever le plus largement possible les parties suspectes de tuberculose dans un testicule et, à vrai dire, dans cet ordre d'idées, si l'on ne cherche pas à savoir si ces opérations dépassent le but qu'elles se proposent d'atteindre, on ne saurait mieux faire que de supprimer l'organe séminal tout entier.

Ils voient là, dans ces lésions tuberculeuses, une maladie toute locale, affectionnant tout particulièrement l'épididyme et s'y cantonnant un certain temps, tout au moins au début, car elle peut à un moment donné prendre son essor et faire irruption dans l'organisme. La tuberculose aurait donc une sorte de prédilection marquée pour l'épididyme, et y demeurerait un

certain temps suffisamment isolée pour qu'il n'en reste plus trace après l'opération.

C'est là une tuberculose locale dans toute l'acception du mot. Du jour où la découverte de Koch a révélé la nature de la tuberculose, le germe, d'un seul bond, est passé au premier plan; il s'est même emparé de toute la scène pathologique et les questions de terrain, d'opportunité morbide, ont totalement disparu; pour un temps nous le savons, mais il en a été ainsi et les nouvelles notions sur la pathogénie de la tuberculose ayant été révélées et confirmées, il a semblé à certains que la diathèse tuberculeuse n'était plus qu'un vain mot, ne répondant plus à l'analyse rigoureuse des faits. On devient ainsi tuberculeux dans certaines conditions déterminées d'inoculation et de contagion. Dès lors le remède paraissait bien simple, arrêter le mal dans son évolution, s'il était possible de le surprendre à son premier stade.

Pour la même raison, le germe ayant pénétré par un point de l'économie est un danger permanent, d'autant qu'à lui seul il est tout et qu'on ne reconnaît plus à l'organisme le pouvoir de se défendre. Ici, il rayonnera de l'épididyme au testicule, au cordon, aux vésicules à la prostate et peut-être au poumon ou même à tout l'individu.

Aussi l'indication est la suivante, prendre les devants, s'emparer de ce court séjour à l'épididyme et barrer la route à l'envahissement du mal.

D'ailleurs, au point de vue fonctionnel, le testicule n'est plus qu'un organe nul. Il suffit en effet que le

Le tube épидидymaire soit interrompu dans sa continuité sur un point quelconque de son trajet, et cela est réalisé ici. Ce testicule n'existe donc plus physiologiquement et mettant en balance l'avantage illusoire de conserver au sujet un organe réduit à zéro avec le danger que cet organe lui fait courir on n'hésite pas et le testicule est sacrifié.

Ainsi disparaissent les abcès consécutifs aux premières lésions, les fistules succèdent aux abcès, l'interminable suintement de ces fistules, et l'amélioration qui pouvait s'en suivre était un dernier témoignage de la valeur de l'opération.

En résumé, débarrasser et préserver à jamais l'individu de la tuberculose, voilà quel est le but et la prétention de la castration précoce.

Nous allons voir jusqu'à quel point ces conclusions sont légitimes.

Il est permis de faire remarquer que c'est là une opération brutale et qu'elle paraît au premier abord avoir quelque chose d'exagéré lorsqu'il s'agit, comme dans les cas qui nous occupent actuellement, de lésions limitées, soit qu'on ait affaire à des masses crues, soit qu'on se trouve en présence de foyers ramollis, ou bien en face d'un ou plusieurs trajets fistuleux. Les raisons d'ordre général que l'on invoque prévaudront difficilement contre la répugnance bien naturelle qu'éprouve le sujet de se séparer de cet organe. Il faut songer en effet que la tuberculose testiculaire frappe surtout des jeunes gens et la majorité des cas se rencontre entre 15 et 35 ans, c'est-à-dire pendant la pé-

riode génitale. Une telle opération, qui se comprendrait à la rigueur chez le vieillard, apparaît ici comme une mesure un peu effrayante. On sait aussi que la tuberculose testiculaire est plus fréquente qu'on ne l'a cru chez les enfants. Chez les enfants, en effet, le testicule étant rarement l'objet d'investigations médicales et les lésions se déposant souvent à froid, il en résulte qu'un grand nombre sont passées et passent tous les jours inaperçues. Jullien, à la consultation de l'hôpital Trousseau, en a observé 17 cas en moins de trois ans sur un total de 2500 garçons environ, ce qui donnerait une tuberculose sur 150 petits malades. M. Lannelongue en a publié trois cas semblables dans son *Mémoire sur la tuberculose externe congénitale et précoce*. Launois en a publié quatre cas en 1893 dans la *Revue des maladies de l'enfance*. Hutinel et Deschamps en ont recueilli neuf observations en quinze mois. Voilà pour la fréquence. Mais considérant les observations de plus près, on est frappé de la précocité avec laquelle la tuberculose testiculaire apparaît. Cinq des malades de Hutinel et Deschamps avaient moins de trois ans. Trois de ceux de Launois avaient cinq, six et sept mois. Cinq des malades de Jullien avaient moins de quatre mois. Il y en a deux de un mois, il y en a de un mois, de quelques semaines (Ashby), de quelques jours (Giraldès), on l'aurait même observé chez un fœtus à terme (Castier).

Ces détails ont leur place marquée ici. Cette notion de l'âge des sujets est loin d'être indifférente. Car on voit facilement où l'on en est conduit avec cette

méthode de la castration systématique. On n'ignore pas, en effet, quel sort est réservé aux individus qui ont subi ce traitement. On connaît chez eux les tendances fréquentes à la lypémanie, à l'hypochondrie, leurs impulsions particulières au suicide. A l'appui de ces considérations, nous rapporterons deux faits cités tout récemment par Pujol, dans le « *Marseille médical* », où la lypémanie s'est montrée après la castration. Le premier malade, homme de 38 ans, amputé il y a une dizaine de mois, de son testicule gauche, pour épидидymite tuberculeuse, est, depuis, continuellement obsédé par l'état de ses organes génitaux, bien qu'il soit complètement et radicalement guéri de ce côté ; il est plongé dans un état mélancolique très accusé et maigrit de jour en jour, quoique l'examen le plus minutieux ne décèle aucune lésion pulmonaire ou autre.

Dans l'autre cas, il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, qui a subi il y a 2 ans, la castration du côté gauche pour tuberculose génitale. A la suite de cette opération, il est tombé dans un état de lypémanie profonde, allant jusqu'aux idées de suicide. Actuellement, le testicule droit commence à se tubercüliser ; le malade refuse absolument toute intervention et s'est déjà porté à une tentative de suicide.

Et pourtant, on s'est retranché derrière ce fait, qu'un seul testicule suffit à sauvegarder à l'individu sa virilité, et par conséquent à le garantir contre ces désastreuses conséquences morales. Les deux faits précédents prouvent que cette opinion est loin d'être toujours justifiée. D'autre part, on sait bien que l'autre

testicule peut se tuberculiser à son tour après la suppression du premier, comme cela a eu lieu dans la dernière des deux observations de tout-à-l'heure, et comme cela a eu lieu aussi pour le malade qui fait le sujet de notre observation IX, et dès lors, il n'y a pas de raison pour ne pas enlever ce deuxième testicule, comme on a enlevé le premier.

On voit donc que les garanties pour l'avenir ne sont pas aussi certaines qu'on a voulu le dire. L'ablation d'un testicule suivie malgré tout de l'infection de l'autre, ne peut pas, en effet, passer pour une opération préservative. N'avait-on pas prétendu d'ailleurs que l'ablation d'un foyer tuberculeux suppurant, puisse retentir d'une façon fâcheuse sur l'économie en la privant de cette sorte de dérivatif, et n'a-t-on pas craint que l'opération n'agisse d'une façon perturbatrice et ne puisse fournir à la diathèse l'occasion jusque-là évitée d'effectuer d'autres envahissements?

Bien qu'on ait produit des observations de castration avec guérison de la plaie suivie d'une généralisation rapide de l'infection tuberculeuse, telle que celle de Granier dans les *Archives de Médecine militaire* de 1889 et celle de Laënnec consignée dans la *Gazette des Hôpitaux de Nantes* de 1887, nous ne nous ferons point brèche de cette théorie qui consistait à attribuer ces cas à un réveil de la diathèse. Mais ces faits sont tous à retenir, à ce point de vue qu'ils signifient à tout le moins que la route n'a pas été barrée à la tuberculose, si ceux de tuberculose testiculaire consécutive à une première castration ne suffisaient pas déjà eux-mêmes

mes à fournir une pareille démonstration; et le chirurgien ne saurait se faire l'illusion plus d'une fois acceptée et escomptée, d'enlever tout ce que l'organisme renferme de tuberculeux.

Toutefois nous dirons qu'il peut en toute sûreté de conscience supprimer un foyer tuberculeux, sans avoir pour cela à redouter des conséquences nuisibles à l'état général.

L'étude de la marche de la tuberculose génitale montre que le plus souvent la localisation épididymaire est plutôt apparente que réelle.

L'épididyme à la vérité est un siège de prédilection pour la tuberculose génitale. Mais il ne faut pas croire pour cela qu'elle en soit le siège exclusif. Il est difficile d'admettre qu'elle s'y isole nettement, et il y a lieu de se demander si même il est bien le premier envahi. On semble trop accorder de crédit à cette opinion que la tuberculose génitale suit une marche ascendante. Pour la juger exactement, il ne suffit pas de faire l'examen complet des seuls malades dont le testicule attire le premier l'attention. Les cas de tuberculose étendus à l'appareil séminal tout entier ne disent rien au sujet du sujet primitif de la lésion. Il y a lieu d'examiner systématiquement toutes les parties de l'appareil génital et de comparer entre eux les divers résultats fournis par ces investigations.

Guyon, dans une leçon de 1891, a magistralement exposé le côté intéressant de la question. Ayant pratiqué un examen méthodique et rigoureusement complet de l'appareil génital interne et de l'appareil génital

externe, il est arrivé à cette conviction que la tuberculose est loin d'être toujours isolée dans les épидидymes. Elle n'y existe au contraire pour ainsi dire jamais seule, d'autres parties de l'appareil génital sont déjà touchées et quant à l'apparition des premières manifestations de la tuberculose génitale, c'est au niveau des vésicules et non pas dans l'épididyme qu'il faut les chercher. Lancereaux qui a pratiqué de nombreux examens anatomiques arrive aux mêmes conclusions. D'ailleurs les petites statistiques suivantes sont fort instructives à cet égard.

Sur 26 autopsies faites dans le service de M. le professeur Guyon : deux fois une vésicule seule était prise, une fois la prostate seule, dix fois la où les vésicules avec la prostate, treize fois tout l'appareil génital. Jamais il n'a été trouvé dans ces différentes autopsies de noyaux dans l'épididyme seul.

Sur 148 observations de tuberculose génitale ou génito-urinaire, ce qui se rapporte à l'appareil a été noté 127 fois et le tableau des constatations est le suivant :

Prostate prise seule	56 fois
Prostate et vésicules	41 fois
Epididyme seul	2 fois
Tout (vésicules, prostate, épидидyme).	50 fois
Tout, avec doute pour la prostate.	2 fois
Tout avec doute pour les vésicules.	6 fois

Les constatations précédentes montrent ce que sont les lésions de l'appareil génital externe par rapport à

celle de l'appareil génital interne. On voit que les dernières sont pour ainsi dire constantes. Aussi l'opinion qui tendait à reconnaître que la tuberculose génitale débutant par l'épididyme s'y localisait pendant un temps plus ou moins long pour gagner plus tard la prostate est en contradiction avec les faits que nous venons de citer. Les conséquences qui en découlaient tout naturellement au point de vue opératoire perdent leur raison d'être. On voit de plus en plus clairement, combien on risque d'être leurré lorsqu'on prétend lutter de vitesse en supprimant un soi-disant foyer initial, car on arrive évidemment trop tard. Aussi à mesure que ces données s'affirment, la castration primitive perd-elle peu à peu ses partisans. Terrillon et Monod, qui avaient au début si nettement affirmé leur confiance dans cette opération, ont beaucoup modifié leur manière de voir et ce qu'ils en disent dans leur traité montre ce qu'ils ont perdu de leurs anciennes convictions.

Le traitement que nous combattons repose donc sur des notions anatomo-cliniques qui ne sont pas rigoureusement exactes, puisque le mal ayant déjà dépassé l'appareil externe, la plus complète des castrations ne saurait l'extirper dans sa totalité. Il repose aussi sur une interprétation pathogénique qui n'est pas conforme à la réalité. Les espoirs conçus sur la certitude des résultats opératoires et des premières révélations microbiologiques devaient fatalement être déçus avec cette idée qui attribuait tous les désordres au bacille et qui n'accordait rien à l'autre facteur de la

maladie, l'individu. A mesure que les doctrines microbiennes font des progrès; elles nous montrent la valeur permanente de ce qui nous vient du malade et qu'il y a à tenir compte ici comme ailleurs du germe et du terrain.

La castration prématurée est donc une opération qui n'atteint pas son but, qui crée des dégâts à la fois inutiles au point de vue purement pratique, au point de vue de la santé immédiate et dangereux pour l'équilibre de son état moral.

Il s'ensuit qu'il vient tout naturellement à l'esprit l'idée d'être plus économe des glandes spermatiques. On sait en effet l'importance que les malades attachent à de simples vestiges de leurs organes séminaux et combien ils sont portés à croire aussi valide que le congénère, un testicule réduit dans sa plus grande partie à l'état de tissu cicatriciel et à plus forte raison un véritable moignon de testicule.

Les opérations conservatrices s'imposent, on doit les tenter. Car on sait bien que la tuberculose externe n'a rien de comparable au point de vue de son pronostic avec la tuberculose pulmonaire. C'est une maladie relativement facile à guérir. Les succès de plus en plus nombreux que donnent les opérations au niveau des foyers ganglionnaires, la méthode des résections, la chirurgie osseuse, c'est-à-dire dans des affections de même nature, sont à cet égard des plus encourageantes.

Depuis longtemps Verneuil s'était élevé contre la castration précoce; constamment, il lui avait opposé la

méthode ignée, grâce à laquelle il ouvrait et évacuait les abcès, et détruisait les parois des fistules persistantes. Il n'avait cessé de se louer des bons résultats ainsi obtenus, citant des individus guéris par ce procédé et chez qui la guérison s'est maintenue pendant des années. Bien mieux, il rapportait en 1891, à la société de chirurgie, le cas d'un individu frappé à la fois dans ses deux testicules et dans sa prostate et dont les lésions prostatiques avaient considérablement rétrogradé après la guérison des testicules.

La simple ouverture suivie du drainage a donné elle-même de bons résultats et Reclus cite quelque part un malade opéré depuis 30 ans par Velpeau, qui est resté guéri et qui de plus est devenu le père d'une nombreuse famille. Il cite également un étudiant en médecine, affecté de tuberculose testiculaire, il y a une douzaine d'années, dont la guérison s'est maintenue depuis lors.

Des méthodes encore plus simples ont été présentées et quoique encore à l'étude paraissent déjà compter certaines guérisons.

On a cherché à stériliser les abcès et les fistules, à en faire l'antisepsie avec certains liquides antiseptiques comme le naphthol camphré.

La méthode sclérogène, inaugurée par Lannelongue, il y a quelque années, pour le traitement des arthrites tuberculeuses a été tentée ici.

Ozenne en a rapporté quatre observations et dans les quatre cas dont il s'agit, il a obtenu de notables améliorations.

Mais, pour être jugée définitivement, la méthode des injections de liquides antiseptiques dans les foyers tuberculeux, celle des injections de chlorure de zinc autour et à la limite des mêmes foyers, n'ont pas fait leurs preuves. De plus, c'est un traitement long et douloureux, aussi pensons-nous qu'il y a mieux à faire, et à toutes ces méthodes nous préférons celle, plus efficace et plus prompte, des incisions suivies de grattage et de la modification des parois malades, et celle des opérations partielles ou de l'excision, autrement dit, les opérations chirurgicales conservatrices.

INCISIONS ET GRATAGE.

Ce traitement s'adresse tout particulièrement aux suppurations du testicule, aux abcès et aux fistules. Ici, en effet, la paroi sécrétante, plus ou moins anfractueuse, n'offre pas de limites absolument nettes, et ce n'est qu'insensiblement que l'on passe des parties malades aux parties saines. D'autre part, ces lésions sont fréquemment multiples, les trajets en sont irréguliers, discordants, et il y aurait grande difficulté à les enlever en totalité en voulant être certain de trancher dans les parties saines. Du moins il serait extrêmement difficile de procéder ainsi à cause de l'irrégularité des lésions, et on risquerait de ne pouvoir laisser dans les bourses un moignon de glande, ce qui est le but de l'opération.

Le manuel opératoire en est simple. L'incision se propose de transformer en une plaie unique les plaies diverses du testicule et de mettre ainsi à nu, en une surface largement accessible les parties sur lesquelles on pourra désormais agir d'une façon directe.

Pour les abcès rien de plus facile.

Lorsqu'il s'agit de fistules, et c'est le cas le plus fréquent, il faut préalablement en reconnaître le trajet avec la sonde cannelée.

Le bistouri dirigé par la sonde est plongé dans l'épaisseur des tissus jusqu'à l'extrémité profonde de la fistule. Après avoir transporté la sonde dans la fistule suivante, on dirige vers elle le bistouri qui est encore dans les tissus et l'on réunit ainsi l'une à l'autre ou les unes aux autres les fistules en question. Souvent elles aboutissent à un foyer commun qui est au niveau de l'épididyme et alors le bistouri est immédiatement guidé par le contact de la sonde pour rejoindre la fistule suivante.

Cela fait, le chirurgien a sous les yeux les surfaces suppurantes. Avec la curette, il détruit en totalité les fongosités qui en tapissent les parois. Celles-ci sont modifiées dans leur vitalité par l'application de liquides irritants comme le chlorure de zinc, ou bien encore par le thermocautère.

On se borne ensuite à faire des pansements antiseptiques, à l'iodoforme ou au naphtol. Sous cette influence la plaie se recouvre de bourgeons charnus et la cicatrisation se fait en quelques semaines, ordinairement en un mois.

Ces résultats sont on ne peut plus satisfaisants. Outre que les malades sont débarrassés de leur suppuration dans un temps relativement court, ils en retirent l'immense avantage de conserver une glande imparfaite, il est vrai, mais dont la validité n'est pour eux l'objet d'aucun doute.

OPÉRATIONS PARTIELLES.

L'extirpation complète d'emblée des parties malades n'est pas possible dans les cas que nous venons d'envisager.

Mais il en est d'autres où les foyers morbides sont nettement cantonnés en un point bien limité de la glande, en laissant absolument indemne la plus grande partie.

Cela peut se rencontrer pour certaines fistules. Mais cette disposition est surtout fréquente dans les cas de tubercules non encore ramollis, ni caséifiés, à la période de crudité des lésions.

Dans ces cas là, une opération partielle peut isoler de la glande la portion qui s'en sépare si nettement. Il s'agit là d'une excision des tissus malades, comme cela a été pratiqué pour la plus grande partie de l'épididyme dans notre observation I, concurremment avec l'incision et le grattage pour des lésions différentes de la même glande, comme cela a été pratiqué dans notre observation III, chez ce malade porteur de deux fistules à la partie postérieure de son scrotum, et chez

qui tout l'épididyme a été enlevé à l'exception de la tête.

L'opération consiste à circonscrire par une ou plusieurs incisions les tissus malades.

Ici le bistouri tranche en plein dans les parties saines et cette opération est comparable à l'ablation d'une petite tumeur. On est ainsi, en présence des surfaces saines, dont la réunion s'obtient par première intention en huit jours, et les résultats en paraissent excellents.

Notre malade (Obs. III) a été opéré en février 1896; revu dernièrement, il n'avait pas eu de récurrence. M. le professeur Duplay nous a cité le cas d'un malade ainsi opéré par lui en province depuis de longues années, et jusqu'ici il n'y a pas eu non plus de récurrence.

Cette opération est déjà fort ancienne. Malgaigne en expose le détail en 1851 dans sa *Revue médico-chirurgicale*: « L'opération nouvelle consiste, dit-il, comme dans les cas de fungus tuberculeux fistuleux, à enlever tout à la fois les téguments et tous les tissus malades, en pénétrant, s'il le faut, jusqu'au tissu du testicule, puis à tenter autant que possible la réunion par première intention ».

Le but, ajoute-t-il, est de guérir une infirmité incurable en retranchant tout ce qui est nuisible, en conservant tout ce qui ne l'est pas. Si les fonctions du testicule sont perdues par le fait de la maladie même, on ne peut demander à la médecine opératoire de les rétablir.

Elle n'augmente pas la perte déjà consommée, seulement elle réduit ce malheur autant que possible en guérissant l'infirmité qui le rendait encore plus insupportable; Malgaigne lui aussi revient donc à cette idée du « testicule moral ». Il y a une immense différence à laisser au malade dans le scrotum un testicule même inutile, ou à le condamner toute sa vie à l'idée désolante qu'il a subi la castration. L'épididymectomie, connue à Paris sous le nom d'opération de Humbert, procède d'ailleurs du même principe qui consiste à faire l'ablation de l'épididyme dans les cas où les lésions sont nettement circonscrites à cet organe et où le testicule paraît sain.

CASTRATION DE NÉCESSITÉ.

Mais il faut bien convenir que les opérations conservatrices ne sauraient être de mise dans toutes les circonstances. Elles n'ont leur raison d'être que lorsqu'il y a quelque chose à conserver.

Or, il est des cas où l'on chercherait en vain une parcelle de tissu sain dans un testicule tuberculeux. Nous voulons parler de ces tuberculoses chroniques, où le testicule volumineux n'est plus qu'une masse de fongosités, où il est réduit à l'état d'éponge purulente. L'opération radicale s'impose alors; d'ailleurs elle apparaît comme une délivrance en supprimant un organe qui n'est plus pour le malade qu'un objet de dégoût et une source de souffrances. Elle est en outre

la seule sauvegarde pour l'individu qui ne saurait conserver sans péril un pareil foyer d'infection.

A plus forte raison en est-il ainsi lorsque le testicule est le siège d'une tuberculisation aiguë. On sait avec quelle extrême rapidité marchent les accidents, quelle que soit d'ailleurs la vigueur du sujet. Quelques semaines à peine suffisent pour produire des lésions formidables comme cela a eu lieu pour le malade de l'observation IV.

Il est évident qu'en pareil cas on ne peut songer qu'à la castration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Tuberculose localisée de l'épididyme. Rien au testicule. Incision.
Grattage. Guérison.

C... Joseph, employé de commerce, entré le 5 juillet 1895 dans le service de M. Peyrot, à Lariboisière.

Père mort phthisique. Pas d'autres antécédents.

Faible de constitution de 7 ans à 16 ans, à la suite d'une coqueluche.

Il y a quatorze mois, le malade a ressenti une pesanteur légère dans le testicule droit. Quatre mois après, nouveaux malaises, un abcès apparaît après quelques jours d'élançements douloureux.

Deuxième abcès à la partie interne et médiane (l'autre était en arrière) du scrotum.

Deux autres abcès se sont formés depuis cette époque. Deux sont restés fistuleux.

Le palper révèle un léger épanchement dans la vaginale. L'épididyme est volumineux, gros comme l'index, avec deux grosses bosselures, et très douloureux.

En résumé, il y a deux cicatrices et deux fistules.

Il n'y a rien à la prostate, mais la vésicule droite, sans

être réellement dure, est cependant sentie au doigt très nettement.

Incision transversale, réunissant les deux fistules. On arrive sur l'épididyme lardacé, offrant deux gros tubercules ramollis. Grattage à la curette, excision de la plus grande partie de l'épididyme thermo-cautère.

Pansement à l'iodoforme sans un seul point de suture. Puis pansement au naphtol tous les deux jours.

Réunion complète au bout de six semaines.

OBSERVATION II

Testicule tuberculeux suppuré. Incision. Guérison (In Clin. Péan, 1890).

C... Léon, 26 ans, garçon de magasin, entre le 6 juin 1890, salle Nélaton, n° 37. Depuis trois ans, tuberculose pulmonaire au deuxième degré. Il y a trois ans, le malade a eu une blennorrhagie et une orchite droite qui guérit complètement. Il y a quatorze mois, le testicule droit a commencé à se tuméfier; deux mois après, ce testicule était enlevé dans le service.

Depuis ce moment, il est resté à la partie antéro-supérieure du scrotum, à droite, une fistule donnant issue à un pus blanchâtre peu abondant. Cet orifice fistuleux adhère au cordon. Depuis cinq jours, le testicule gauche est pris à son tour; la région est devenue douloureuse et a augmenté de son tour.

Actuellement, le testicule gauche est sain, mais son épидидyme est très gros et douloureux. Au niveau de la queue, on

sent un gros noyau induré du volume d'une noix. Le canal déférent paraît sain.

20 juin. — Le malade a eu une poussée d'épididymite aiguë qui s'est terminée en quelques jours, mais l'épididyme est maintenant fluctuant.

14 juillet. — Incision. Issue de pus granuleux, grattage, pansement iodoformé.

18. — Evacuation sur Vincennes.

Un mois après, le malade est revenu complètement guéri.

OBSERVATION III

Tuberculose des deux épидидymes. Excision. Guérison.

Georges L..., charcutier, 27 ans, entré le 10 février 1896 à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Richelot.

Deux blennorrhagies.

Rien au poumon.

Ayant remarqué par hasard un point sensible dans le testicule gauche, il y a environ un an, il entre à l'hôpital Beaujon où il subit des injections interstitielles de naphthol camphré.

Il se forme un abcès au niveau du point inoculé et le malade cesse alors tout traitement jusqu'à ce qu'il remarque un autre abcès du côté droit.

Etat actuel. — Le sommet du poumon droit est induré. Les vésicules séminales sont infiltrées. Dans la prostate, on sent un point dur, mais non douloureux, mais rien à la vessie. Le canal déférent est gros comme une plume d'oie.

Deux fistules en activité des deux côtés. Les épидидymes sont gros comme le doigt.

Incision large, comprenant de chaque côté les deux fistules et remontant en arrière sur la partie postérieure du scrotum, parallèlement à l'épididyme.

Résection de tout l'épididyme, sauf la tête. Grattage. Chlorure de zinc, suture au catgut des débris de l'épididyme. Tamponnement à plat à la gorge iodoformée. Pansement au naphthol camphré.

Réunion en six semaines, sans fistules.

Le malade a été revu il y a huit jours. Les deux testicules sont plus petits; ils se confondent en arrière avec une gangue fibreuse cicatricielle qui donne l'illusion d'une masse testiculaire.

OBSERVATION IV

Orchite tuberculeuse à marche rapide (Soc. anat., 1888, J. L. Faure).
Castration.

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, robuste, solidement bâti, sans trace aucune de tuberculose pulmonaire, sans maladies antérieures, si ce n'est une chaude-pisse rapidement guérie.

Il présente actuellement, il est vrai, une hydarthrose du genou gauche, avec empâtement péri-articulaire, affaiblissement fonctionnel et altération de la synoviale se traduisant par des épaissements localisés, mobiles, qui donnent la sensation de corps étrangers.

D'autre part, son père et un frère de son père sont morts tuberculeux. Ses autres parents, mère, frère, sœurs, se portent bien, mais il a perdu cinq frères ou sœurs en bas-âge de maladies sur lesquelles il ne peut pas donner de renseignements.

Vers le 1^{er} janvier 1888, il a senti une légère douleur à la partie inférieure du testicule droit, et il a constaté un point douloureux, une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui n'avait pas jusqu'à ce jour attiré son attention.

Les douleurs ont persisté pendant une huitaine, mais assez modérées pour lui permettre de continuer son travail, puis elles ont disparu, et son testicule alors a rapidement augmenté de volume, au point d'atteindre en quinze jours le volume actuel, qu'il conservait depuis un mois, au moment de l'opération.

Il se présentait alors sous la forme d'une tumeur dure, assez irrégulière, avec de larges bosselures, surtout vers la partie inférieure.

La peau en général peu mobile est au niveau de la queue de l'épididyme lisse, tendue, adhérente aux parties profondes. Elle repose sur une masse fluctuante qui est prête à se faire jour au dehors.

Les explorations sont peu douloureuses, sauf en un point, sur la partie antérieure où la pression réveille la douleur angoissante spéciale au testicule.

Le canal déférent paraît sain, mais la prostate est envahie. Les deux lobes latéraux sont saillants, durs et manifestement hypertrophiés.

Pendant les huit jours d'observation auxquels on soumet ce malade, la tumeur augmente, les adhérences de la peau aux tissus sous-jacents s'accroissent. En présence de ces symptômes d'accroissement rapide, M. Verneuil décide de faire la castration. L'opération est pratiquée le 27 février, sans incident notable.

La coupe antéro-postérieure de la tumeur montre qu'elle est totalement envahie par la tuberculose.

L'épididyme est complètement pris. Dans sa tête, on trouve

dés granulations isolées et plusieurs points où leur confluence a déterminé un ramollissement et de petites cavernules pouvant loger un grain de chenevis.

Le corps est moins malade, mais il est, sur toute la longueur, semé de tubercules jeunes.

Quant à la queue, elle est absolument détruite et remplacée par des masses caséuses plus ou moins ramollies.

On trouve d'abord, au point d'union de la queue et du corps, trois ou quatre petites cavités pouvant loger à peine une lentille, remplies d'une matière verdâtre et ramollie.

Immédiatement au-dessous est une véritable caverne, pouvant loger une noisette à peu près, comblée également par la matière tuberculeuse.

Enfin, au-dessous, au niveau de la partie la plus inférieure de la queue de l'épididyme, se trouve un noyau volumineux, gros comme une noix, qui repousse en haut le testicule dont il est nettement séparé par l'albuginée, altérée elle-même, amincie et détruite par places. Ce noyau caséux d'un jaune verdâtre est peu homogène et par endroits présente une consistance demi-liquide.

Au-dessous de ce noyau et se continuant plus ou moins avec lui à travers le tissu cellulaire péri-épididymaire, est une dernière gomme tuberculeuse, absolument diffuse, se prolongeant dans la tunique celluleuse et envahissant la peau de la partie inférieure du scrotum. C'est ce dernier noyau caséux, gros, lui aussi, comme une noix, qui donnait à travers la peau enflammée, une sensation de fluctuation.

En avant, enchâssé sur tout son pourtour dans l'épididyme qui le déborde partout, sauf à sa partie antérieure, est le testicule qui est lui-même profondément malade. Il est infiltré dans toute son étendue de tubercules crus, très

rapprochés les uns des autres. En certains points, leur confluence provoque la formation de petits noyaux verdâtres qui n'ont pas encore eu le temps de se ramollir. Le canal déférent paraît sain, sauf à son origine où il est augmenté de volume et adhère fortement au tissu cellulaire ambiant.

OBSERVATION V

Orchite tuberculeuse aiguë. Castration, guérison (Bastide in thèse Paris, 1889).

T... Adolphe, 66 ans, nacrier, entre le 21 décembre 1881 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 73.

Depuis deux mois et demi tenesme vésical, miction plus fréquente, sensibilité douloureuse du canal, pendant le passage de l'urine. Pas d'hématurie. Pas de blennorrhée.

Le 15 décembre 1881. — Sans causes connues, douleurs extrêmement vives du testicule gauche, tuméfaction, rougeur, chaleur.

Symptômes d'orchite aiguë suivis de ramollissement et d'ouverture spontanée d'un abcès à la partie moyenne de la face antérieure du côté gauche du scrotum. Issue de matière caséuse. L'abcès resta fistuleux et son orifice devint le siège d'un travail ulcéreux.

Etat actuel. — La moitié gauche du scrotum plus volumineuse que la droite offre les dimensions d'une petite orange. A la partie moyenne de la face antérieure existe une ulcération irrégulièrement circulaire de 2 centimètres de diamètre, portant sur toute l'épaisseur de la peau et laissant voir les autres tuniques dégénérées. Le fond de cette ulcération est blanchâtre et constitué par un tissu caséux.

Les bords disposés en forme de bourrelet sont déprimés, retournés en dedans, indurés, adhérents aux couches sous-jacentes.

Au pourtour, la peau présente une teinte rouge vineux ; l'épiderme est ramolli et comme macéré, ce qui est dû à un suintement de pus caséeux. Au toucher, il est impossible de distinguer le testicule de l'épididyme. La glande est ramollie, fluctuante, sauf à l'extrémité inférieure, où l'on trouve un noyau du volume d'une amande, de consistance plus ferme, rappelant sensiblement celle du testicule normal.

Les tuniques du scrotum sont œdématisées, infiltrées, adhérentes entre elles à la vaginale et à l'albuginée. La glande a perdu toute mobilité. Le tiers inférieur du cordon est moniliforme, il semble constitué par des noyaux indurés dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette. Dans le reste de son étendue, le cordon paraît sain.

Rien dans le testicule du côté opposé, rien dans les vésicules séminales et dans la prostate. Pas de lésions pulmonaires appréciables ou d'autres lésions viscérales. Les douleurs qui ont accompagné le début de l'affection ont cessé. Pas de pus dans les urines.

21 janvier 1882. — Chloroforme. Une incision circonscrit l'ulcération et les parties voisines des téguments. Le testicule est énucléé par cette voie et la portion malade du cordon également, mais pour arriver à isoler les organes on est obligé de sculpter en quelque sorte au milieu des tuniques infiltrées, dégénérées, transformées en tissu lardacé.

Application de deux pinces sur la partie saine du cordon, section au-dessous. Tous les tissus malades sont ainsi enlevés du même coup.

Drainage, suture, pansement.

23. — Pas de réaction fébrile. On enlève les pinces. Légère hémorragie, suppuration très légère.

30. — Enlèvement des fils ; réunion partielle par première intention.

9 février. — Guérison. Sortie.

OBSERVATION. VI

Tuberculose aiguë du testicule gauche. Ablation. Guérison depuis 3 ans. Amélioration de l'état général.

(Terrillon, Société de chirurgie, 14 janvier 1891).

M. V., âgé de 40 ans, vint consulter M. Terrillon le 25 janvier 1888.

Il éprouvait depuis deux mois environ dans le testicule du côté gauche une douleur violente accompagnée d'une augmentation assez rapide de l'organe. En même temps existaient des tiraillements le long du cordon et une douleur lombaire assez persistante.

L'état général du malade avait été influencé par la marche aiguë de cette maladie. Il avait maigri rapidement ; son appétit avait diminué considérablement, le soir légère élévation de température et sueur abondante pendant la nuit.

Le testicule gauche, gros comme un œuf d'oie, très dur, très douloureux à la pression, donnait à la main la sensation d'une tumeur solide.

La tension de cet organe paraissait augmentée par rapport à celle des régions voisines. Le scrotum était intact, ne présentait ni œdème, ni aucune adhérence ; on ne pouvait constater aucune trace de liquide dans la tunique vaginale.

La glande testiculaire était uniformément hypertrophiée,

sans aucune bosselure à sa surface. Enfin, il est utile de noter avec soin, que l'épididyme occupait sa place normale et semblait intact ainsi que le cordon. Au toucher rectal, rien à la prostate ni aux vésicules séminales.

L'appareil testiculaire droit était sain.

Ce malade fut surveillé pendant quelques jours et soumis à la médication iodurée et hydrargyrique. Mais après trois semaines environ de ce traitement qui fut assez rigoureux, et voyant que le volume de la glande augmentait, que les phénomènes généraux étaient loin de s'améliorer, il pensa qu'il s'agissait d'une tumeur maligne à marche rapide.

On pouvait bien faire l'hypothèse qu'il s'agissait d'une tuberculisation aiguë du testicule, telle que M. Duplay en 1860 l'a décrite sous le nom d'orchite tuberculeuse; mais l'absence de lésion de l'épididyme qui semble être la règle dans la tuberculose, l'intégrité du scrotum, l'absence de liquide de la tunique vaginale, enfin le peu de tendance à la suppuration, malgré la durée déjà longue de la maladie, l'éloignèrent de cette idée.

Il proposa donc la castration, se basant sur ce raisonnement que cette opération radicale était indiquée quelle que fût la nature de la maladie.

L'opération eut lieu le 30 janvier 1888.

L'ablation fut des plus simples: la vaginale était intacte et ne présentait pas de trace évidente d'inflammation; l'épididyme ne semblait pas altéré; il en était de même du canal déférent.

Les suites de l'opération furent parfaites et le malade se rétablit rapidement.

Son état général très altéré s'améliora rapidement, et actuellement, 15 janvier 1871, trois ans après l'opération, il se porte très bien.

L'examen de la pièce fut particulièrement instructif, car il démontra qu'il s'agissait d'une tuberculisation aiguë du parenchyme testiculaire, mais avec une particularité spéciale qui consistait dans l'intégrité de l'épididyme, exceptionnelle en pareil cas.

OBSERVATION VII

Testicule tuberculeux. Castration. Guérison.

Paul C..., 30 ans, épicier, entre à l'hôpital Saint-Louis (service de M. D^r le Richelot) le 4 mars 1896.

On ne trouve rien dans les antécédents sauf un coup de pied sur les bourses, 4 mois avant le début des accidents.

Ces derniers ont eu une évolution très lente; début il y a 4 ans.

Le malade a d'abord ressenti une sensation de gêne, de pesanteur dans les bourses. Peu après, il s'aperçoit que son testicule gauche (le droit est sain) augmente progressivement de volume.

Il y a 18 mois, un premier abcès apparaît; il y a 14 mois, un deuxième se déclare, puis un troisième il y a 7 mois. Le dernier s'est formé, il y a 15 jours.

Le testicule augmente toujours de volume.

Examen du malade. — L'auscultation ne révèle aucune lésion dans les poumons. On pratique le toucher rectal : une vésicule séminale est dure. La masse épидидymo-testiculaire atteint le volume d'une orange, avec quatre fistules et deux abcès sur le point de s'ouvrir. A la palpation, on ne distingue plus le testicule de l'épididyme. Le canal déférent est pris.

Castration, avec incision en raquette dont la queue fend le canal inguinal. On ferme complètement le canal au catgut ; on met des drains : réunion en huit jours.

La pièce est une vaste infiltration œdémateuse et lardacée. L'épididyme est énorme, et sert d'enveloppe à un abcès froid qui s'y est développé.

Le testicule est gros, doublé de volume. Il renferme des tubercules non suppurés.

OBSERVATION VIII

Fungus testiculaire. Castration. Guérison.

V... Désiré, 43 ans, garçon de magasin, entre le 9 février 1887, salle Cloquet, n° 9. Son père et plusieurs frères morts phthisiques. Il avait toujours été bien portant lorsqu'en 1883 au mois d'avril, il eut une affection douloureuse du testicule gauche. Quelque temps après un de nos collègues des Hôpitaux mit à nu le testicule et enleva une sorte de fungus qui se trouvait à la surface de la glande séminale et fit des cautérisations à l'intérieur de cette dernière. Au mois de juillet suivant, il sortit avec une fistule qui n'a pas tari et l'organe a continué à grossir.

Etat actuel. — Le fungus fait hernie à travers l'ancienne cicatrice ; l'épididyme et le canal déférent sont au voisinage de la tumeur et bosselés, noueux, augmentés de volume. Le testicule droit a son volume normal et paraît sain. Rien du côté de la prostate et des vésicules séminales : rien du côté des ganglions inguinaux.

Bien que l'état général soit assez satisfaisant, le malade

tousse depuis un certain temps, et au sommet des poumons, on entend quelques râles suspects.

Le 5 mars, anesthésie ; lavage de la région avec la solution de sublimé ; castration par notre procédé qui consiste à tendre le scrotum avec la main gauche et à faire avec le bistouri une incision verticale et antérieure étendue du cordon à la partie déclive des bourses. Dans cette incision sont comprises les diverses courbes du scrotum jusqu'à la vaginale.

La tumeur vient aussitôt faire hernie à travers les lèvres de la plaie. Deux fortes pinces sont appliquées sur le cordon que l'on sectionne au-dessous de ces pinces.

Nous enlevons ici en même temps que la tumeur les trajets fistuleux qui sont infiltrés de tubercules, et cela très largement.

Nous réséquons aussi la partie du canal déférent qui est effleurée par le processus pathologique, et pour cela il nous suffit de faire remonter la dissection un peu plus haut.

Enfin, réunion de la plaie à l'aide de sept points de suture métallique ; tube à drainage à la partie déclive ; pansement iodoformé et au sublimé.

Les pinces appliquées sur le cordon sont retirées au bout de quarante-huit heures.

Le 7. — Pas de fièvre. La réunion immédiate paraît devoir se faire, sauf au voisinage du drain où un point a manqué.

Le 10. — Les fils sont enlevés. Bon état général. Réunion partout, sauf aux angles inférieurs et supérieurs de la plaie.

Le 13. — Pansement iodoformé qui sera renouvelé tous les deux jours.

Le 25. — La guérison est définitive, mais l'état général est moins bon.

Un peu d'amaigrissement; la toux persiste; appétit médiocre.

Le 2 avril. — Douleur dans la fesse droite. Le malade se lève avec peine et marche difficilement.

Il part en convalescence; à l'examen macroscopique de la tumeur, à la coupe, impossible de reconnaître les divers éléments du testicule.

A l'examen histologique : le fongus testiculaire est rempli de follicules tuberculeux à cellule géante centrale. La partie glandulaire est complètement détruite en beaucoup de points.

OBSERVATION IX

Testicule tuberculeux. Abscès froid péri-articulaire de l'autre côté.

Ablation d'un testicule. Grattage. Guérison.

D... Fernand, 50 ans, marchand de vins, entre le 12 décembre 1889, au n° 14 de la salle Nélaton. Alcoolique.

Pas de tuberculose ni de syphilis. Son testicule gauche a toujours été plus volumineux que le droit, dit-il. Il y a deux mois, le scrotum a commencé à se tuméfier; en même temps, le testicule gauche est devenu spontanément douloureux; la peau a rougi et s'est amincie.

Actuellement, état général excellent.

Du côté gauche, le scrotum a le volume du poing : on y trouve une tumeur molle et fluctuante, douloureuse à la pression. La peau du scrotum à la partie inférieure de la tumeur est rouge, amincie, près de s'ulcérer.

Le testicule droit n'est pas tuméfié, mais on sent à côté de lui une masse du volume d'une noix, bien indépendante. Sous la queue de l'épididyme, du côté droit, on trouve un petit noyau dur et douloureux à la pression.

15 décembre. — Opération. Chloroforme. Ablation du testicule gauche qui est transformé en une masse purulente; une pince est placée sur le cordon pendant 48 heures. La poche voisine du testicule droit est rempli de matière caséeuse et se laisse facilement énucléer; son point d'implantation est soigneusement gratté à la curette. Le testicule droit paraît sain. Drainage. Suture de la peau. Pansement iodoformé.

Le 24. — Réunion par première intention.

Le 2 janvier. — Les fils sont enlevés. Guérison.

OBSERVATION X

Tubercules du testicule droit. Castration. Guérison. Récidive à gauche. Fistule. Pas de tuberculose pulmonaire. Tuberculose des voies urinaires. In th. Gombaud. Bordeaux, 1890.

P... (Joseph), 57 ans, tisserand, entre à l'hôpital Saint-André, le 14 septembre 1888, dans le service de M. le professeur-agrégé Boursier, salle 10 bis, lit n° 21.

Père mort à 72 ans (anasarque). Mère morte au même âge (misère physiologique). Frère mort à la suite d'un vomissement de sang. Enfants bien portants (??).

Le malade ne cite comme antécédents pathologiques que des coliques. Pas de syphilis.

Il y a deux ans environ, il fut réveillé par une douleur très vive, sans aucune cause connue (il lui semblait qu'on lui ser-

rait très fort la partie droite). Le lendemain, il s'aperçoit que le testicule est notablement augmenté de volume. Il croit à une simple inflammation, mais la douleur continue.

Pendant deux mois, le gonflement s'accrut jusqu'à représenter le volume d'une grosse pomme bosselée. A ce moment, le malade consulta un médecin, qui incisa la tumeur, il en sortit une petite quantité de sang et de matière putréfiée.

Au mois d'avril 1888, il fut pris d'envies fréquentes d'uriner avec une sensation de brûlure tout le long du canal. Trois ou quatre gouttes de sang apparaissaient de temps en temps à la fin de la miction.

A partir de ce moment, le malade commença à maigrir rapidement, ce qu'il attribue à l'appréhension et à la peine causées par la maladie. Du reste, l'appétit était à peu près conservé.

Etat actuel. — Le testicule gauche a son volume normal et semble absolument sain. Le testicule droit, au contraire, est très augmenté de volume (vol. d'une mandarine). Il est uniformément dur avec quelques nodosités, surtout nombreuses vers le corps d'Highmore). L'épididyme est fusionné avec lui. La peau du scrotum adhère aux parties profondes. La rougeur n'y est pas très accentuée, les veinosités sont rares; mais il existe une fistule située à la partie supérieure du scrotum et donnant issue à une grande quantité de pus.

Pas d'hydrocèle. Cordon très volumineux et moniliforme. Prostate saine.

Rien de notable à l'auscultation des poumons.

Castration le 18 septembre 1888.

Incision mesurant 9 centimètres environ, pratiquée verticalement le long de la portion droite du scrotum et se pro-

longeant sur le trajet du cordon jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal.

Incision des enveloppes jusqu'à la vaginale. Ligature en masse du cordon suivie de la ligature de chacune de ses parties constituantes. Ablation complète du testicule. Drainage par un tube couché dans toute l'étendue de la plaie, sutures profondes au fil d'argent. Sutures superficielles au crin.

Pansement de Lister.

L'opération a duré une heure et demie.

Température après l'opération 37°,4, le soir 38°,4.

Pas de mouvements. Le malade a uriné deux fois.

19 septembre. — Quelques vomissements pendant la nuit. Légère douleur au niveau du scrotum. Mictions très fréquentes avec une légère sensation de brûlure.

T. m., 37°,8. T. s., 38°,6.

20 septembre. — Envies d'uriner moins fréquentes. Urines un peu rouges.

Premier pansement. Plaie en très bon état. Pas d'œdème. Réunion en très bonne voie. On enlève les points de suture profonde et deux ou trois crins. On fait un pansement relevant bien les bourses.

21 septembre. — T. m., 38°. T. s. 38°.

Urines moins abondantes et mictions moins douloureuses.

22 septembre. — T. m., 37°,8. T. s. 38°.

Deuxième pansement. On enlève les derniers points de suture. Un peu de pus à la partie moyenne où la réunion n'est pas tout-à-fait complète. Les tissus sous-jacents épaissis, simulent à s'y méprendre le testicule.

23 septembre. — T. m., 37°,6. T. s., 37°,8.

24 septembre. — La réunion n'est pas complète à la partie moyenne, mais tout le reste de la plaie opératoire est en bonne voie.

T. m. 37°,4. T. s. 37°,8.

25 septembre. — T. m. 37°,8. T. s. 38°.

26 septembre. — T. m. 37°,8. T. s. 37°,8.

27 septembre. — T. m. 37°,4. T. s. 37°,6.

28 septembre. — T. m. 37°,2. T. s. 38°.

29 septembre. — T. m. 37°,4.

30 septembre. — La réunion est complète. Le malade sort de l'hôpital avec la promesse d'être pansé par un médecin à domicile et de ne se livrer à aucun travail jusqu'à parfaite guérison.

Pièce. — Vascularisation intense à la surface de la vaginale. Testicule complètement transformé en une poche caséeuse, véritable caverne infecte. Epididyme à peu près intact.

La pièce incisée à la séance de la Société d'Anatomie du 24 septembre montre un tout petit noyau caséeux dans l'épididyme qui est sain dans toutes les autres parties.

OBSERVATION XI

Fongus tuberculeux du testicule. Castration. Guérison (In. th. Gombaud à Bordeaux, 1890).

B..., Léonard, 61 ans, entre à l'hôpital, le 8 février 1888, salle 18, lit 29. Service de M. le professeur Demons.

Mère morte probablement tuberculeuse.

Père mort d'apoplexie. Une sœur bien portante. Un frère mort d'accident ; un autre mort en bas-âge.

Dans ses antécédents personnels, le malade présente une attaque de rhumatisme, une obstruction intestinale. Marié à 25 ans, a eu cinq enfants. Deux sont morts, l'un de dothiéntérie, l'autre en naissant.

Au mois de mars 1887, il reçut un coup au niveau de la région inguinale droite. A la suite de ce coup, orchite droite traitée par une pommade résolutive et des sangsues.

Depuis ce temps, il a toujours souffert un peu de ce testicule qui est resté gros.

La peau est devenue adhérente, un trajet fistuleux s'est formé à la partie externe.

L'ouverture en est devenue de plus en plus considérable, de manière à mettre à nu le testicule, présentant une surface irrégulière et bosselée.

Peu à peu, la saillie de ce testicule devient de plus en plus prononcée, de sorte qu'au moment où cet homme entre à l'hôpital, on voit en dehors des bourses une tumeur bourgeonnante de la grosseur d'une petite noix.

Diagnostic. — Fongus du testicule.

Rien à l'autre testicule. Rien aux poumons. Rien aux vésicules séminales.

Castration le 22 février.

Incision. — Ligature totale du cordon.

Ablation du testicule. Deux ligatures artérielles de la paroi. Suture à la soie phéniquée après que la cavité a été saupoudrée d'iodoforme. Pas de drain.

Le lendemain le pansement sale est refait. L'occlusion est faite soigneusement. L'état est excellent, pas de douleur. La température ne dépasse pas 37°, 5.

Le pansement est laissé en place pendant 17 jours.

Le dix-huitième jour inclus, la température est de 38°, 3. Pansement défait. La réunion est complète. Les fils sont retirés ; la température redevient normale et le malade sort le 17 mars, complètement guéri. Son état était excellent au mois de janvier 1889.

CONCLUSIONS

Nous terminerons en disant :

1° Le traitement général est à instituer dans tous les cas ;

2° On doit concurremment avoir recours au traitement chirurgical :

A. — A la castration, dans les cas de tuberculisation aiguë du testicule et de gros testicule fongueux.

B. — Aux opérations conservatrices dans la forme commune de testicule tuberculeux :

a. — Incision et grattage, pansements antiseptiques quand les altérations atteignent un degré de diffusion.

b. — Résections partielles quand elles sont nettement localisées.

Vu : le Président de la thèse,
PANAS.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

H. JOUVÉ, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

